

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION NO.: आवेदन संख्या:	30524 0153	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	15/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	puttamma	AGE-YEARS वय-वर्ष:	60 F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	N/o Honnashetty			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक स्थायी पता:	Kinnigavalu Hobli, Malavalli, Taluk Hulligala, Madakalatti mandya, Karnataka			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई स्थायी पता:	Post office Post of 0153 puttanna			
OCCUPATION: पेशी:	Homemaker			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	(Attach Proof of income) (आय का साक्षय संलग्न)			
PAN No. स्थाई स्थान संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): “मेरा आय का दरकार है (जो मान्य हो उस पर मही का विशेष स्थान)				
Yes / No: हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	rayo	67/4	M	son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियोग आधार:				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी संकेत के लिए उपयोग पर (प्रमाण पत्र को आप इसी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्थ वाद वाई-इक्सीजन पत्र (प्रमाण पत्र की आप इसी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की आप इसी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्षय	
“PURPOSE” for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनियोग का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कार्यालय से जारी की गई डिजिटल सूची संलग्न			
①	Diagnosis : PC catrectomy NE catrectomy			
Emergency :- AF cat + PCTOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME “PURPOSE” from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME OF OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गयी सहायता राशि	
①	DBCS		2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यहः

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं प्राप्ति करता हूं कि इस प्राप्ति में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच वर्त छाड़ी है। यदि कोई विवरण इस काल अप्राप्त पापा बनता है तो मेरी सहायता निम्न की तरफ बढ़ती है।
- 2) मेरे द्वारा जौला जाने वाली "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की तुलने के दिए विकास आवेदक, जो इस प्राप्ति में योग देता है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विवरण सहायता द्वारा यह आवेदक की गई है, उस दृष्टि का अधिकार यह विवरण किसी अन्य घोटालियोंका/जीवा काम्पोरी से न तो लिया है और न ही भाष्यमें सूची।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराया)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्राप्ति का आवेदक हमारा जानकार, मेरी (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञानीयों" की अधिकृत करता हूं कि मेरे यह पापा, भाई और जो विवरण इस प्राप्ति में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा नामी, दाता, व्यवसाय एवं दूसरी उद्देश्य में नुस्खे गोपनीयित्व और उपलब्धियों के लिए किसी भी व्यक्ति सहायता द्वारा देने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरे इताहा के पाते व बाट मेरे काने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूं कि मेरा पापा, पापा, भाई और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में घोषित है मुझे यहां; सहायता का इकाया नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके ज्ञानीयों का विनियोग भवित्व और व्यापकता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कराया)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसके अधिकृत, हमारी की ओर से घोषित/घोषित की "कोशिका फाउंडेशन" में विविध सहायता हुई विस्तारित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न इकायर में याचित करते हैं।

- 1) यह कि न हो कोशिका और न हो भविष्य में विविध सहायता घोषित होने वाली की अन्य स्थोत्र से उसा एंगी/याकूत में लेने या से देने है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में विविध/विवित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा योगदान द्वारा नामी की विवरण जाती है तो अस्पताल घोषित करने वाले भी उसकी अन्य सम्बन्ध में सहायता लेने का अधिकार मुश्किल रखता है। इस पुष्टि में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय बदल जाने एंगी/याकूत से हुई विवरण में सहायता की अवासी राखा या विस्तारी अन्य साधन में नहीं लेना/देना।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं यह सहायता कोई विविध प्रकृति होती है। ऐसी जैसे हमस्पताल द्वारा ही गई भावह के लिए यह उपचार/व्यक्तिया का भूलाय एवं एवं हस्ताक्षर के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी ब्रह्माण्ड को बोर्ड रखत नहीं है। इसलिये हमस्पताल में ऐसी के इताहा सुधार और अपने जाने को यादी विस्तैरित ऐसी एवं हमस्पताल की होती है। और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृती के लिए संस्कृति

Mr. Lakshmi Pathi N

Manager - Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shradha Eye Care Trust.)

* (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नम्बर व पर हमस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंगोरण की तारीख <i>1/1/24</i>	Dr. Laxmi Doremalavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant & Rhinoc. & Refractive Surgery KMG No: 90244	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राष्ट्रीय उपयोग हेतु
---	--	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2